

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики
УДК 618.1-053.6:616.441:616.15:612.621.31:615.252+615.834

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ У ДІВЧАТ З ДИФУЗНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

©І. І. Іванов, Н. В. Косолапова

Кримський державний медичний університет

імені С. І. Георгієвського

РЕЗЮМЕ. Проведено дослідження ефективності санаторно-курортного лікування затримки статевого розвитку та порушень менструального циклу в пубертатному періоді у дівчаток із дифузною еутиреоїдною гіперплазією щитоподібної залози. Встановлено, що запропонований комплекс лікування є високоефективним при різній патології пубертатного періоду. Одночасне призначення препаратів йоду дозволяє більш ефективно коригувати функцію щитоподібної залози.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пубертатний період, затримка статевого розвитку, порушення менструального циклу, гормони крові, дифузна гіперплазія щитоподібної залози, еутиреоз, санаторно-курортне лікування, йодомарин.

Вступ. Пубертатний період – найважливіший етап у житті кожної жінки. У цьому віковому періоді формується тло й структура ускладнень вагітності й перинатальної патології в майбутньому, у значній мірі визначаючи здоров'я наступних поколінь. За напруженстю процесів, що перебігають в організмі, підлітковий вік посідає друге місце після періоду новонародженості [1,3,5].

За останні десятиріччя в Україні відзначається збільшення числа захворювань щитоподібної залози більш ніж утричі, причому найпоширенішим є дифузний нетоксичний зоб, який клінічно проявляється в період гормональної перебудови й підвищеної потреби в тиреоїдних гормонах, наприклад, у пубертатному періоді, під час вагітності та годування грудьми. Дифузне збільшення щитоподібної залози значно поширене серед дітей, особливо пре- і пубертатного віку [1, 2, 5].

Нестача або надлишок тиреоїдних гормонів позначається практично на всіх процесах життєдіяльності, тому що вони впливають на клітинному або навіть на молекулярному рівнях на всі органи і системи організму. Значення щитоподібної залози особливо велике для дитячого організму, тому що тиреоїдні гормони впливають на всі види обміну, на нагромадження імунних тіл, що забезпечують резистентність до факторів навколишнього середовища, обумовлюють його регулюючу дію на нервову систему, формування мозку дитини [8].

Взаємозв'язок між репродуктивною та гіпоталамо-гіпофізарно- тиреоїдною системами як у нормі, так і при патології доведений. Між тиреоїдними гормонами та естрогенами існує складний взаємозв'язок, естрогени підсилюють зв'язок трийодтироніну та тироксину з білками плазми крові. Естрогени підвищують чутливість тиреотрофів гіпофіза до тиреоліберину, що сприяє

збільшенню секреції тиреотропного гормону. Таким чином, в умовах тривалої гіпоестрогенії знижується чутливість тиреотрофів гіпофіза до тиреоліберину, що можна розглядати як один з можливих механізмів розвитку вторинного гіпотиреозу в дівчаток і жінок з патологією, що супроводжується дефіцитом естрогенів.

При гіпотиреозі спостерігається зниження рівнів гонадотропін-рилізінг-гормону гіпоталамуса, лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів гіпофіза. Вважають, що при цьому порушується дофамін- серотонінергічний механізм гіпоталамічної регуляції секреції тропних гормонів, що призводить до зниження виробітку гонадотропін-рилізінг- гормону, і як результат – до зменшення концентрації фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів гіпофіза в крові. Крім того, у літературі є дані про зміну продукції лютеїнізуючого гормону гіпофіза при збереженні секреції фолікулостимулюючого гормону в межах норми [7].

Встановлено, що захворювання щитоподібної залози можуть призводити до різних порушень менструального циклу, безпліддя, невиношування, а порушення в репродуктивній системі – до зміни функціонального стану щитоподібної залози. Патологія щитоподібної залози може бути причиною передчасного або пізнього статевого дозрівання, аменореї, олігоменореї, ановуляції, безпліддя, галактореї, невиношування вагітності [5].

Реабілітація дітей і підлітків, що проживають в умовах постійно зростаючого забруднення навколишнього середовища, має велике медичне й соціальне значення. Роль санаторно-курортних факторів в реабілітації дітей безперечна; вони мають ряд особливостей, обумовлених тим, що їх основу складають природні фактори, дія яких спрямована на вдосконалення адаптаційно-компенсаційних можливостей організму, усу-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

нення порушень діяльності функціональних систем. Все це диктує необхідність пильної уваги до організації режиму хворих дітей та індивідуалізації клімато-бальнеологічного лікування на курорті [1,4].

Мета дослідження. Для корекції порушень функції щитоподібної залози було запропоноване санаторно-курортне лікування.

Комплекс санаторно-курортного лікування складався з тонізуючого режиму, сезонної кліматотерапії – повітряних і сонячних ванн сумарної радіації за I-III режимами, морських купань за I-III режимами, масажу, лікувальної гімнастики (ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної ходьби по маршрутах № 1-2). З апаратної фізіотерапії при порушеннях менструального циклу застосовувався грязь-електрофорез на ділянку проекції придатків матки через день, на курс лікування 10-12 процедур, у вільні від грязелікування дні – хвойно-морські ванни та ропні зрошення піхви температурою 37°C, тривалістю 10 хвилин, на курс лікування 10-12 процедур. При затримках статевого розвитку комплекс апаратної фізіотерапії складався з 5% ропа-електрофорезу на ділянку проекції придатків матки через день, на курс лікування 10-12 процедур, у вільні дні – шавлієві ванни температурою 36-37°C, тривалістю 10-15 хвилин, на курс лікування 10-12 процедур, і ропні зрошення піхви, на курс лікування 10-12 процедур. Крім того для корекції порушень функції щитоподібної залози 32 дівчаткам був призначений препарат Йодомарин (“Берлін-Хемі Ме-

наріні”) по 100 мкг 1 раз на добу.

Матеріал і методи дослідження. Проведене дослідження гормонів крові дозволило встановити, що з 62 дівчат в 30 (48 %) є субклінічний гіпотиреоз, про що свідчить підвищений в них порівняно з показниками контрольної групи рівень ТТГ у сироватці крові. Причому найбільший відсоток субклінічного гіпотиреозу виявлений у групі дівчаток із ЗСР – 58%, найменший – у дівчаток з гіпоменструальним синдромом і опсоменореєю – 44%. У групах дівчат з аменореєю та поліменореєю відсоток субклінічного гіпотиреозу склав 45,5 % і 50 % відповідно.

30 досліджуваних дівчат одержували тільки запропонований комплекс санаторно-курортного лікування без корекції субклінічного гіпотиреозу, 32 дівчатам у комплекс лікування був включений препарат Йодомарин.

Отримані дані оброблялися загальноприйнятими методами варіаційної статистики з визначенням критерію Ст’юдента.

Результати й обговорення. Результати гормональних досліджень наведено в таблицях 1 і 2.

Вивчити ефективність проведеного санаторно-курортного лікування за зміною клінічних проявів у групі дівчат із затримкою статевого розвитку не вдалося через відносно короткий строк перебування дівчат у санаторії, але лабораторні дослідження виявили позитивну динаміку рівнів гонадотропних гормонів, ТТГ, статевих стероїдних і тиреоїдних гормонів у сироватці крові.

Таблиця 1. Рівень досліджуваних гормонів у сироватці крові дівчаток, що одержували тільки запропонований комплекс санаторно-курортного лікування

Гру-пи		ФСГ	ЛГ	ФСГ/ЛГ	Прл	ТТГ	Е	П	Тест	T ₃	T ₄
К N=20		4,23± 0,18*	3,15±0,1	0,75± 0,02	282± 20,6	1,0± 0,04	0,25± 0,005	3,09± 0,13	0,99± 0,1	1,89± 0,08	109,3± 3,56
I гру-па N=7	До ліку-вання	3,05± 0,03	2,7± 0,31	0,89±0,1	136,3± 18,8	1,47± 0,52	0,055± 0,04	0,16± 0,007	0,53± 0,18	0,77± 0,1	103,33± 12
	Після ліку-вання	3,5± 0,12**	2,77± 0,32	0,79±0,1	153,3± 20,3*	1,37± 0,39**	0,093± 0,003**	0,21± 0,02**	0,52± 0,15	1,02±0,1 **	110± 12,6*
II гру-па N=7	До ліку-вання	3,01± 0,03	3,3± 0,08	1,09± 0,03	160,3± 7,54	1,37± 0,07	0,05± 0,01	0,18± 0,015	3,53± 0,37	1,17± 0,2	113,3± 17,6
	Після ліку-вання	3,56± 0,04*	3,4± 0,1*	0,96± 0,04	171,7± 6,22*	1,42± 0,04*	0,09± 0,015**	0,2± 0,009*	3,54± 0,3	1,33±0,1 *	120± 16*
III гру-па N=15	До ліку-вання	3,08± 0,08	3,23± 0,2	1,04± 0,05	176± 2,35	1,06± 0,2	0,054± 0,01	0,21± 0,004	3,4± 0,28	1,14±0,1	96,6± 9,1
	Після ліку-вання	3,81± 0,11*	3,51± 0,13*	0,92± 0,02	189± 5*	1,15± 0,17*	0,123± 0,04*	0,24± 0,01*	3,3± 0,31	1,29± 0,1*	111,4± 9,11*
IV гру-па N=7	До ліку-вання	3,31± 0,07	2,61± 0,21	0,79± 0,07	146± 21,6	0,74± 0,1	0,09± 0,0035	0,17± 0,004	0,72± 0,07	1,11± 0,05	103,8± 9,87
	Після ліку-вання	3,9± 0,04*	2,95± 0,25*	0,75± 0,06	160,5± 24,4*	0,74± 0,02	0,24± 0,02*	0,3± 0,001*	0,7± 0,054	1,33± 0,05	121,3± 4,3**

*p≤0,05; ** – p≤0,01; *** – p≤0,005

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

Таблиця. 2 Рівень досліджуваних гормонів у сироватці крові дівчат, що одержували запропонований комплекс санаторно-курортного лікування та Йодомарин

Гру-пи		ФСГ	ЛГ	ФСГ/ ЛГ	Прл	ТТГ	Е	П	Тест	Кор	T ₃	T ₄
К N=20		4,23± 0,18*	3,15± 0,1	0,75± 0,02	282± 20,6	1,0± 0,04	0,25± 0,005	3,09± 0,13	0,99± 0,1	244± 3,04	1,89± 0,08	109,3± 3,56
І гру-па N=5	До ліку- вання	3,11± 0,1	1,94± 0,03	0,82± 0,02	153,3± 16,7	1,38± 0,34	0,028± 0,008	0,17± 0,012	0,42± 0,06	160± 11,55	0,78± 0,04	70,3± 10,3
	Після ліку- вання	4,17± 0,33**	2,92± 0,21**	0,7± 0,003	166,7± 13,3*	1,29± 0,26**	0,068± 0,002**	0,19± 0,01**	0,51± 0,07	180± 11,5*	1,16± 0,036***	106± 7,26***
II гру- па N=4	До ліку- вання	3,05± 0,045	3,34± 0,16	1,1± 0,04	168,5± 11,5	2,16± 0,04	0,025± 0,01	0,185± 0,005	2,5± 0,25	245± 11	0,93± 0,025	73,5± 8,5
	Після ліку- вання	3,91± 0,005*	3,25± 0,05*	0,84± 0,02	182± 18*	1,6± 0,2*	0,07± 0,008**	0,2± 0,005*	2,5± 0,2	254± 10	1,25± 0,05*	107,5± 2,5*
III гру- па N=11	До ліку- вання	3,17± 0,13	3,32± 0,22	1,06± 0,1	213,7± 16,7	1,2± 0,23	0,086± 0,008	0,21± 0,007	2,9± 0,5	242,2±1 0,9	1,13± 0,07	107,7± 9,82
	Після ліку- вання	4,18± 0,18*	3,58± 0,12*	0,86± 0,03	231,7± 20,6*	1,13± 0,16*	0,157± 0,02*	0,25± 0,017*	2,83± 0,48	253,5± 13	1,32± 0,04*	130,8± 3,75*
IV гру-па N=7	До ліку- вання	2,79± 0,39	2,12± 0,1	0,8± 0,08	177,8± 37,6	1,66± 0,6	0,09± 0,006	0,155± 0,015	2,04± 0,95	183,8± 23	1,08± 0,025	63,75± 2,6
	Після ліку- вання	3,93± 0,3*	2,68± 0,27*	0,68± 0,04	196,5± 41,2*	1,54± 0,43	0,2± 0,035*	0,28± 0,04*	2,08± 0,92	194± 22,5	1,35± 0,05*	91,75± 3,12**

* P≤0.05; ** - p≤0.01; *** - p≤0.005

Як видно з таблиці 1, у дівчат із затримкою статевого розвитку рівень ФСГ, що не виходив за межі вікових норм до лікування, після лікування підвищився й наблизився до показника контрольної групи. Достовірної зміни рівня ЛГ не відзначалося. Значно знижені рівні естрадіолу (Е) і прогестерону (П) (0,055±0,04 нмоль/л і 0,16±0,007 нмоль/л) після проведеного курсу санаторно-курортного лікування підвищилися майже вдвічі (0,093±0,003 нмоль/л і 0,21±0,02 нмоль/л відповідно) і досягли нижніх вікових норм.

Рівень ТТГ, до лікування вірогідно підвищений, порівняно з показниками здорових дівчат, після проведеного лікування знизився, але залишився вищим, ніж у групі контролю. З боку тиреоїдних гормонів відзначається позитивна динаміка: рівні T₃ і T₄, до лікування вірогідно знижені, порівняно з показниками контрольної групи (0,77±0,09 нмоль/л і 103,33±12 нмоль/л), після курсу санаторно-курортного лікування підвищилися, причому рівень тироксину досяг рівня здорових дівчат, а рівень трийодтироніну залишився вірогідно нижчим, ніж у групі контролю. Підвищений, порівняно із показником у здорових дівчат рівень тиреотропного гормону в сироватці крові при нормальному рівні тироксину свідчить про наявність у даних дівчат суб-

клінічного гіпотиреозу, а відсутність зниження ТТГ до показників здорових дівчат при підвищенні тиреоїдних гормонів свідчить про недостатню ефективність запропонованого комплексу лікування.

У групі із вторинними аменореями в 3 (27%) дівчат з'явилися менструальноподібні кров'яністі виділення. В інших дівчат даної групи значних клінічних змін не спостерігалось, але лабораторні дослідження виявили позитивну динаміку рівнів досліджуваних гормонів у сироватці крові у всіх дівчат даної групи. ФСГ, ЛГ і пролактин, що не виходили за межі вікових норм до лікування, після проведеного курсу лікування підвищилися. Як і в попередній групі, у даних дівчат відзначалися різко знижені рівні статевих стероїдних гормонів; рівень естрадіолу після лікування підвищився майже удвічі (p≤0,01), рівень прогестерону після лікування підвищився незначно.

Показники ТТГ у дівчат II групи, до лікування підвищені, в порівняно з контрольною групою, після лікування ще збільшилися, що може бути інтерпретоване як реакція на збільшену потребу в тиреоїдних гормонах внаслідок активації адаптаційних процесів в організмі в умовах курорту. Рівень T₃, до лікування знижений, порівняно з контрольною групою, після проведеного

лікування підвищився, але залишився вірогідно нижчим, ніж у здорових дівчат, рівень T_4 , що не виходив за межі вікової норми до лікування, після лікування значно не змінився ($113,3 \pm 13$ нмоль/л і 120 ± 16 нмоль/л відповідно).

У 16 (64%) дівчат з гіпоменструальним синдромом менструація почалася раніше очікуваного строку, причому тривалість та інтенсивність менструальної кровотечі у жодної з них не перевищили показники групи контролю. Визначення гормонів крові підтвердило ефективність запропонованого лікування. У дівчат з гіпоменструальним синдромом і опсоменореєю відзначалося підвищення ФСГ, ЛГ і пролактину в результаті проведеного комплексу лікування. Знижений порівняно з контрольною групою рівень естрадіолу в результаті проведеного лікування збільшився в 2,5 раза й досяг меж вікової норми, прогестерон залишився на нижніх межах норми.

Показники тиреотропного гормону в даній групі суттєво не відрізнялися від показників здорових дівчат і після проведеного лікування незначно підвищилися, що може бути наслідком загальноактивуючої дії санаторно-курортного лікування та збільшеної потреби в тиреоїдних гормонах при адаптації дитячого організму до умов курорту. Показники T_3 і T_4 , що не виходили за межі вікових норм до лікування, після проведеного курсу санаторно-курортного лікування підвищилися незначно ($1,29 \pm 0,1$ нмоль/л і $111,4 \pm 9,11$ нмоль/л).

У групі дівчат з поліменореями проведено до початку лікування ультразвукове дослідження не виявило наявності гіперплазії ендометрія або кіст яєчників в жодної дівчинки, що стало підставою для призначення їм вищевказаного комплексу санаторно-курортного лікування. Після проведеного комплексу лікування у дівчат даної групи відзначалося зменшення тривалості менструальної кровотечі в середньому на $1,5 \pm 0,5$ дня. У жодному із спостережуваних випадків погіршення перебігу захворювання не відбулось.

Показники ФСГ, ЛГ і пролактину в результаті проведеного лікування збільшилися. Рівень естрадіолу й прогестерону після курсу санаторно-курортного лікування зріс в 2-2,5 раза та досяг меж вікової норми. Рівень ТТГ, знижений порівняно з показниками контрольної групи, в результаті проведеного лікування вірогідно не змінився. Показники трийодтироніну та тироксину після проведеного лікування зросли ($1,11 \pm 0,05$ нмоль/л і $103,8 \pm 9,87$ нмоль/л до та $1,33 \pm 0,05$ нмоль/л і $121,3 \pm 4,3$ нмоль/л після лікування), причому рівень трийодтироніну залишився зниженим порівняно із групою контролю.

Як видно з таблиці 2, у дівчат із затримками статевого розвитку після лікування, посиленого йодомарином, спостерігається значне – в 1,5 раза – збільшення тиреоїдних гормонів: трийодтироніну – з $0,78 \pm 0,04$ нмоль/л до $1,16 \pm 0,036$ нмоль/л, тироксину – з $70,3 \pm 10,3$ нмоль/л до $106 \pm 7,26$ нмоль/л, причому показники T_4 досягають рівня здорових дівчат. ТТГ, до лікування підвищений порівняно із групою контролю, знижується, що поряд зі збільшенням рівня тиреоїдних гормонів в сироватці крові свідчить про корекцію наявного в даних дівчат субклінічного гіпотиреозу. Поряд із цим спостерігається більш значне, ніж в дівчат, що не одержували йодомарин, збільшення рівня ФСГ і ЛГ, причому обидва гормони досягають рівня здорових дівчат. Рівні статевих стероїдних гормонів в результаті проведеного лікування збільшилися, причому показники естрадіолу (Е) зросли в 2-2,5 раза.

У дівчат з аменореєю до лікування відмічався підвищений більш ніж в два рази у порівнянні із групою контролю рівень ТТГ, який після лікування з призначенням йодомарину знизився, що свідчить про корекцію присутнього у дівчат даної групи субклінічного гіпотиреозу.

Рівень трийодтироніну, до лікування значно знижений порівняно зі здоровими дівчатами, після проведеного лікування підвищився та досяг меж вікової норми, як і рівень тироксину. Показники ФСГ і пролактину в результаті проведеного комплексу лікування разом із прийомом йодомарину підвищилися (з $3,05 \pm 0,045$ МЕд/л і $168,5 \pm 11,5$ ММЕд/л до лікування $3,91 \pm 0,005$ МЕд/л і 182 ± 18 ММЕд/л після), на відміну від ЛГ, що може свідчити про гармонізацію виділення гонадотропінів гіпофізом. Показники естрадіолу, до лікування різко знижені порівняно із групою контролю, після лікування зросли в 2,5-3 рази ($0,025 \pm 0,01$ нмоль/л до лікування й $0,07 \pm 0,008$ нмоль/л після), але не досягають нижньої границі вікової норми. Рівень прогестерону в процесі лікування суттєво не змінився, як і тестостерону.

У групі дівчат з гіпоменструальним синдромом і опсоменореєю ТТГ, підвищений порівняно зі здоровими дівчатами, після проведеного санаторно-курортного лікування й призначення йодомарину знижується. Це відбувається, імовірно, у відповідь на підвищення T_3 і T_4 у сироватці крові. У даній групі відзначається істотне підвищення рівня ФСГ і менш виражене – ЛГ. Показники пролактину в результаті проведеного лікування зростають незначно. Рівень естрадіолу в сироватці крові підвищується у два рази ($0,086 \pm 0,008$ нмоль/л до лікування й $0,157 \pm 0,02$ нмоль/л після) і досягають меж фізіологічної норми.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

У групі дівчат з поліменореєю ТТГ, значно підвищений у порівнянні зі здоровими дівчатами, після проведеного лікування знижується незначно. Показники тиреоїдних гормонів після лікування підвищуються в середньому на 30%, але не досягають рівня здорових дівчат. Менш виражена порівняно з іншими групами динаміка тиреотропного та тиреоїдних гормонів у дівчат з поліменореями, імовірно, свідчить про більш стійкі та виражені порушення функції щитоподібної залози у них. Рівні ФСГ і ЛГ в результаті лікування суттєво підвищилися. Рівні естрадіолу й прогестерону зросли в середньому удвічі.

При опитуванні, проведеному наприкінці періоду перебування дівчат у санаторії, 100% досліджуваних дівчат відзначили значне поліпшення загального самопочуття та настрою. Отримані дані підтверджують високу ефективність запропонованого комплексу санаторно-курортного лікування в терапії патології пубертатного періоду.

Висновки. 1. При обстеженні дівчат з патологією пубертатного періоду та дифузною гіперплазією щитоподібної залози у всіх групах виявлено зниження секреції гонадотропних гормонів гіпофіза та статевих стероїдних гормонів.

2. В 48 % обстежених дівчат у результаті гормональних досліджень діагностований субклінічний гіпотиреоз.

3. Запропонований комплекс санаторно-курортного лікування високоефективний при різній

патології пубертатного періоду, тому що за рахунок загального впливу на організм і місцевого – на гемодинаміку органів малого таза дозволяє в короткий термін нормалізувати рівень гонадотропних гормонів гіпофіза й статевих стероїдних гормонів, що відображається в зміні клінічної картини захворювання.

4. У результаті запропонованого комплексу санаторно-курортного лікування спостерігається поліпшення функції щитоподібної залози, але в більшості випадків рівні ТТГ і тиреоїдних гормонів не досягають показників здорових дівчат. При цьому не нормалізована функція щитоподібної залози є чинником ризику рецидиву порушень менструального циклу та ЗСР.

5. Призначення препаратів йоду в комплексі із запропонованим санаторно-курортним лікуванням дозволяє більш ефективно коригувати порушення функції щитоподібної залози у дівчат з патологією пубертатного періоду.

Перспективи подальших досліджень. Зважаючи на результати проведеного нами дослідження та малу вивченість даної проблеми, а також враховуючи можливість знизити медикаментозне навантаження на дитячий організм, подальше вивчення ефективності методів фізіотерапії та бальнеотерапії у дівчат-підлітків із затримкою статевого розвитку і різними порушеннями менструального циклу є перспективним.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойчук Е.Б., Ровда Ю.И., Тарасова О.Л., Блинова Н.Г., Подгорный А.Н., Игишева Л.Н., Трофимов А.Ф. Темпы полового созревания и особенности функционального состояния нервной системы подростков с диффузным увеличением щитовидной железы // Педиатрия. – 2000. – №6. – С. 59-61.
2. Варламова Т.М., Соколова М.Ю. Репродуктивное здоровье женщины и недостаточность функции щитовидной железы // Гинекология. – 2004. - №1. – С.62-67.
3. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. – СПб.: Фолиант, – 2001. – 352с.
4. Каладзе Н.Н., Мошкова Е.Д., Шевцов А.В. Сравнительная оценка эффективности дифференцированных методов физио- бальнеотерапии у подростков с вегетативными дисфункциями различных типов // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2005. – № 2. – С.75-78.

5. Курмачева Н.А., Неумолотова И.В., Ким В.М., Павлова Л.В. Особенности полового созревания девочек при ювенильной гиперплазии щитовидной железы // Педиатрия. – 1991. – №2. – С. 37-40.
6. Соколова А.С. Изменение гемодинамики органов малого таза у гинекологических больных под влиянием бальнеолечения // Вопросы курортологии Казахстана. – 1985. – № 4 – С.57-63.
7. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Исламова А.О. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы женщины / Эндокринная гинекология (клинические очерки), Ч. 1 – К.: Заповіт, 2003. – С.200-216.
8. Титенко Т.М. Дисфункція щитоподібної залози та особливості репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – №1. – С. 98-100.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

THE WOYS OF RISING IMPROVING TREATMENT OF PATHOLOGY THE PUBERTATION PERIOD IN GIRLS DIFFUSE HYPERPLASIA THE THYROID GLAND

The State Medical University by Georgievsky, Krym

SUMMARY. Investigation of effectiveness of health-resort treatment for delayed puberty and disorders of menstrual cycle in pubertal period in girls with diffuse thyroid hyperplasia and euthyroidism is done. It was established the suggested complex of treatment is very effective in case of different pathology of pubertal period. Simultaneous iodine drugs prescription helps to correct thyroid function more effective.

KEY WORDS: pubertal period, delayed puberty, disorders of menstrual cycle, blood hormones, diffuse thyroid hyperplasia, euthyroidism, health-resort treatment, Iodomarin.

УДК 618.177-089:618.3

ЗАВЕРШЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДНОСТІ

©Л.І. Іванюта, О.Д. Дубенко, І.І. Ракша

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології (Київ)

РЕЗЮМЕ. Результати проведених клініко-статистичних досліджень показали, що жінки, які завагітніли після консервативного та хірургічного лікування неплідності, складають групу високого ризику, щодо розвитку в першу чергу загрози переривання вагітності, особливо в ранніх термінах, фетоплацентарної недостатності, пізніх гестозів, аномалії розвитку пологової діяльності, які в свою чергу призводять до високої частоти оперативного розродження. Порівняльний аналіз показав, що характер порушень, які виникають при вагітності, обумовлений дією патогенетичних змін, які спостерігалися при неплідності. У жінок після хірургічного та ендоскопічного лікування неплідності розвивається частіше загроза переривання вагітності та фетоплацентарна недостатність, гестози, ніж після консервативного лікування, що негативно впливає на перинатальні наслідки розродження. Проведений аналіз свідчить про недостатню ефективність традиційних лікувальних заходів у жінок після лікування неплідності, належність їх безумовно до групи високого ризику, які потребують перегляду підходів до тактики ведення вагітності та пологів у даній групі хворих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: неплідність, мікрохірургія, лапароскопія, вагітність, пологи.

Вступ. Існують проблеми, які не втрачають своєї актуальності. Медицину і суспільство постійно турбують ситуації, які пов'язані з низькою народжуваністю, високою перинатальною смертністю, вродженими вадами розвитку. Найбільші соціальні та психологічні наслідки, на відміну від інших медичних проблем, має неплідність. Незалежно від демографічних і соціальних умов, для кожної жінки неможливість мати власну дитину – це тяжке життєве випробовування, яке нерідко призводить до дисгармонії у шлюбі та розпаду сімей. За даними різних авторів, частота неплідних шлюбів коливається у межах від 10-15 % до 18-20 % [1, 2]. Особливо актуальною проблема неплідності є для країн з низькою народжуваністю, до яких, як відомо, належить Україна.

Відновлення репродуктивної функції у жінок після лікування неплідності є актуальною медичною та соціальною проблемою, при вирішенні якої факт запліднення є лише першим кроком, за яким виникають задачі забезпечення виношування вагітності та народження здорової дитини. Критерієм оцінки ефективності будь-яких

методів лікування у жінок, які страждали від неплідності, повинна бути не частота відновлення прохідності маткових труб, нормалізація функції ендокринних залоз і навіть не відсоток настання вагітності, а народження здорової життєздатної дитини, при збереженні здоров'я матері [3].

Різномічні етіологічні фактори, які призводять до неплідності, в подальшому, як правило, негативно впливають на перебіг вагітності. В свою чергу, ускладнення вагітності обтяжують пологи. Після відновлення репродукції лише у 52 % жінок, які завагітніли, пологи закінчуються народженням здорової дитини, в 9,9 % випадків відмічається ектопічна вагітність, в 17,6 - 21,1 % – передчасне переривання вагітності [4]. Тому неплідність, яка передуює вагітності, є фактором перинатального ризику, а такі жінки з моменту настання вагітності повинні належати до групи підвищеного ризику. Виражені ендокринні зміни при неплідності призводять до метаболічних порушень і не можуть не вплинути на перебіг вагітності, пологів та стан новонародженого. Патологічні умови внутрішньоутробного середовища на фоні ендокринних порушень призво-